Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen- und Nervenklinik der Universität Kiel.

Ueber einen Fall von Tumor cerebri der linken Hemisphäre ohne Stauungspapille.

Auszug.

vorgelegt von

Heinrich Rösener-Kleine

Medizinalpraktikant aus Rathlosen (Prov. Hannover).

Kiel 1925.

Die Hirntumoren lassen sich, wenn man mehr der Uebereinstimmung der klinischen Erscheinungen als der pathologischen Grundlage folgt, in folgende Gruppen einteilen:

1. Die echten Geschwulste.
2. Die infektiösen Granulationsgeschwulste.
3. Die cystischen Parasiten.
4. Die Aneurysmen.
5. Die Cysten.

Aetiologisch sind wir, wenn wir von den entzündlichen und parasitären Hirngeschwulsten absehen, nicht in der Lage, mit Gewißheit ein aetiologisches Moment der Neubildung nachzuweisen.

Von den echten Geschwulsten sind die wichtigsten und häufigsten die Gliome und Sarkome mit ihren auch sonst bekannten Mischformen. Seltener findet man das Carcinom, aber meist sekundär als Metastase. Zu den selteneren gehören Fibrome, Cholesteatome, Lipome. Psammome, Adenome der Hypophysis und andere mehr.

Als infektiöse Granulationsgeschwülste seien kurz Tuberkeln und Gummen erwähnt.

Als cystische Neubildungen parasitärer Herkunft kommen in Betracht, der Cysticercus cellulosus, der Taenia solium, der

Echinococcus und der Taeniaechinococcus. Aneurysmen und traumatische Cysten rechnen wir wegen ihrer symptomatologischen Verwandschaft hierher.

Bei den Symptomen, die ein Tumor machen kann, muß man vor allem zwei große Gruppen unterscheiden:

1. Allgemeinsymptome,
2. Herdsymptome.

Die charakterischeren sind die Allgemeinsymptome, die uns Aufschluß über das Bestehen einer Hirngeschwulst geben. Zu ihnen rechnen wir Stauungspapille, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Benommenheit, Anomalien der Herztätigkeit und Respiration, Convulsionen, und psychische Störungen.

Die meisten Allgemeinsymptome werden durch den erhöhten Hirndruck erklärt, doch gehen die Anschauungen über die Entstehung der einzelnen Symptome noch auseinander.

Ueber den Sitz des Tumors orientieren uns die Herdsymptome, die jedoch mit einer gewissen Vorsicht zu behandeln sind, da sie auch als Fernsymptome auftreten können. Bei den Herdsymptomen unterscheidet man Reiz- und Ausfallserscheinungen.

Zur Diagnosestellung ist zu sagen, daß an Hirntumor zu denken ist, wenn die Symptome nicht eindeutig sind und Urämie, Nephritis, Hirnabsceß und Meningitis ausgeschlossen werden können.

Die Prognose ist, soweit nicht Syphilis in Betracht kommt und eine Operation unmöglich ist, ungünstig zu stellen.

Die Terapie hat, wenn es sich um luetische Prozesse handelt, eine spezifische zu sein. Am wichtigsten ist die operative Behandlung, zwecks radikaler Entfernung des Tumors. Daß dazu eine genaue Lokalisationsdiagnose Voraussetzung ist, sollte selbstverständlich sein. Außerdem kommen noch Palliativoperationen, wie Ventiltrepanation und Lunbalpunktion in Betracht. Auch will man durch Röntgenstrahlen, besonders bei Hypophysistumoren Erfolge erzielt haben. Auf ausgiebigen Gebrauch von Narkoticis und Analgeticis wird man wohl nie verzichten können.

Krankengeschichte (Auszug).

Am 1. 12. 24. kommt um 1 Uhr mittags in Begleitung des behandelnden Arztes und seiner Schwester, der am 22. 5. 1879 in B. geborene, 45 Jahre alte Gärtner Fr. F. aus S. zur Aufnahme.

Der behandelnde Arzt gibt an: Schwester und Vater des Patienten sind im Irrenhaus gestorben. Vater angeblich Gehirnerweichung.

Die Krankheit des Patienten entwickelte sich in 5 Tagen. Pat. redete konfuses Zeug, sprach keinen Satz zu Ende, hörte mitten im Worte auf, klagte über Kopfschmerzen. Ref. dachte an Kopfgrippe und gab Phenacitin. Nachmittags kam Patient wieder und klagte über Magenschmerzen. Am nächsten Tag verlief sich Pat. und ging zu einem andern Arzt, bekam dort Morphium. Zu Hause nach 2 Stunden wieder unruhig, Rededrang, weinte, hatte Angst. Gestern abend 0,0005 Skopolamin, wurde aber wieder unruhig, deshalb heute nach hier.

Die Schwester gibt an: Ref. ist eine Stiefschwester des Patienten, ebenso die Schwester, die in der Anstalt starb.

Ref. kennt Pat. seit seinem 15. Lebensjahr. Immer ganz normal, nicht viel krank, keine Bettnässen, keine Krämpfe, keine nächtliche Angst. In der Schule gut gelernt. Wurde Gärtner. Nicht aktiv gedient. Fleißig, solide, strebsam. Seit 1910 selbstständig, Geschäft ging gut. Krieg von 1915 bis zu Ende mitgemacht. An der Somme verschüttet, hatte einen Nervenchok, zitterte am ganzen Leib. Ein Vierteljahr später wieder an die Front. Nicht wieder verwundet usw. Nach dem Kriege Geschäft wieder eröffnet, ging von Jahr zu Jahr besser. 1921 Heirat. Seit 1922 Ehe getrennt, nicht geschieden. Kein Streit. 1 Kind. Pat. war immer friedliebend. Genaueres weiß Ref. nicht.

Seit drei Wochen hat Patient Kopfschmerzen, die vor etwa einer Woche stark zunahmen. Pat. hat nie getrunken, in letzter Zeit viel geraucht. Seit 4 Tagen aufgeregt, Herzklopfen, Angstgefühle. Klagt über Magenbeschwerden, äußerte Vergiftungsideen. Schlief nachts nicht, lief in Hut und Mantel in der Wohnung umher, nahm sehr an Gewicht ab.

Pat. selbst gibt an: Pat. kann sich an nichts mehr erinnern, habe seit 4 Tagen keinen Stuhlgang, habe seit dem auch nichts gegessen. Statt des Stuhles sei immer Wasser gekommen. Glaubt, der Stuhl hätte sich in der Magengegend festgesetzt. Der Unterleib sei ganz frei. Infolge der Verstopfung der Magengegend könne er nicht atmen und sei infolgedessen direkt benommen.

(Haben Sie Kopfschmerzen : ?) Ä, ich kanns nicht mehr anders,
ich kann nicht mehr . . . .

(Hören Sie Stimmen: ?) Ich kann nicht mehr antworten, ich muß erst mal Luft haben usw. . . . .

(Haben Sie Angst: ?) Dämpfig, dämpfig, meinen Sie? (?) nein, jetzt kann ich nicht mehr, habe Gärtnerei, ich habe Hühner, ist alles futsch. . . . .

(Was heißt dämpfig: ?) Weiß nicht, wenn ich erst wieder Luft habe. . . . .

(Sind Sie aufgeregt: ?) Kann ich nicht beantworten, ... wenn dies hier junkt und dies hier, dann ist es gut. . . . .

Befund: (am 1. 12. 1924)

Größe: 1,71 m, Gewicht: 55,5 kg, Temp.: 36,9^0

Kopfmaße: 15,5 : 19 : 58

Urin: Kein Albumen, kein Saccharum, Reaktion -sauer.

Riva-Rocci: 130 : 70

Kopf im Bereich der linken Schläfe klopfempfindlich.

Trigeminus: o. B.

Augenbewegungen: frei

Pupillen: mittelweit, nicht ganz rund r. = lk.

Lichtreaktion: zur Zeit +, r. = lk., aber langsam und unausgiebig (gestern Skopolamin)?

Convergenzreaktion: schwach +, r. = lk.

Conjunktivalreflex: + r. = lk.

Cornealreflex: + r. = lk.

Facialis: symmetrisch.

Hypoglossus: Zunge wird gerade vorgestreckt, zittert nicht, ist nicht belegt.

Gaumenbögen: gehoben r. = lk.

Würgreflex: +

Sprache: spontan schwer verständlich, weil er oft sinnlose Worte braucht und sonst oft deutliche Wort an verkehrter Stelle braucht.

Paradigmen: (Flanellappen) Weinladen (Dampfschiffahrtsgesellschaft) Dampfsachenfaden.

Gibt zu verstehen, daß er seit 3 Tagen nicht mehr sprechen kann.

Mechanische Muskelerregbarkeit: +

Vasomotorisches Nachröten: +

Obere Extremität:

Tonus, Kraft o. B.

Reflexe: + r. = lk.

F. N. V.: + r = lk. Keine Adiadochokinesis

Feinschlägiger Tremor manu

Bauchdecken- und Cremasterreflex: + r. = lk.

Untere Extremität:

Tonus, Kraft o. B.

Patellarsehnenreflex: + + r. = lk. Kein Patellarklonus.

Achillessehnenreflex: + r. = lk. Kein Fußklonus.

Kein Lasegue, kein Babinski, kein Romberg, starkes Lidflattern. Kniehackenversuch: +, Gang o. B.

Sensibilität:

Berührung wird überall richtig lokalisiert, am rechten Arm und Bein Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt, spitz wird als stumpf bezeichnet.

Innere Organe:

Lungen o. B.

Herz: Grenzen links $^1/_2$ cm außerhalb der Mamillarlinie. Töne an der Mitralis etwas paukend, keine sicheren Geräusche. Puls 80, zeitweise etwas unregelmäßig.

Abdomen: o. B. weich, eindrückbar.

Gegenstände benennen: teils +, teils —.

2. 12. 24. Recht unruhig, paraphatisch, starke Logorrhoe.

3. 12. 24. Augenbefund: (Prof. Oloff) rechte Pupille zur Zeit etwas größer als die linke. L.-R.: rechts Spur, links etwas besser. C.-R.: fraglich (Convergenzeinstellung?) Papillen: o. B. r. = lk.

Sprachstörung etwas besser, redet weniger vorbei.

Vor allem worttaub, Nachsprechen ganz schlecht.

4. 12. 24. Lumbalpunktion: Liquor klar, Druck 170 m/m, Punktion verläuft glatt. Zellen 10 : 3, Nonne und Pandy: Opalescenz Wa.-R.: Blut und Liquor: ∅

Die ganze rechte Körperhälfte scheint weniger empfindlich als die linke. Cornealreflex r. < lk.

Conjunktivalreflex: r. ∅, lk. +, Patellarreflex: r. > lk.

5. 12. 24.

Papillen: o. B. r. = lk.

Ruhig, spricht wenig, schläft viel.

6. 12. 24.

Macht einen benommenen Eindruck, r. Arm und r. Bein können aktiv nur wenig bewegt werden.

Sensibilität: unverändert.

7. 12. 24.

Lähmung deutlich zurückgegangen, viel wacher, Sprache unverändert.

8. 12. 24.

Wieder ausgesprochene Parese rechts. Patellarsehnenreflex ∅ r. = lk. Spricht wenig, leicht benommen.

17. 12. 24.

Papillen: o. B. r. = lk.
Hemiparese: besteht unverändert, ebenso die Sensibilitätsstörungen. Plötzlicher Collaps, Kampher.

20. 12. 24.

Unverändert, häufig Einnässen und Einschmutzen.

23. 12. 24.

Benommenheit nimmt zu, Nahrungsaufnahme unzureichend, zeitweise leichte Unruhe. Neurologisch unverändert.

27. 12. 24.

Objektiv unverändert, stark benommen, Ernährung macht Schwierigkeiten, provokatorisch 0,15 Neosalvarsarn. Blutentnahme: Wa.-R. ∅. Quecksilberschmierkur. Täglich Einnässen und Einschmutzen.

29. 12. 24.

Verschlechterung, zeitweise Cheyne-Stokes'sches Atmen.

31. 12. 24.

Atmung flach, Puls wechselnd, schlecht fühlbar, Kampher.

1. 1. 25.

9.15 Uhr a. m. Exitus letalis causa mortis: Lähmung des Atem- und Vasomotorenzentrums. Klinische Diagnose: Tumor cerebri (linke Hemisphäre).

Sektionsbefund:

Es fand sich ein Gliom, welches warscheinlich von den Basalganglien ausging, das ganze Mark des Temporallappens der linken Hemisphäre ausfüllte, von Orange-Größe. Caudalwärts erstreckt sich der Tumor durch den Pes pedunculi auch in die Brücke. Nach vorn reicht er bis zur Commissura anterior, nach hinten erstreckt er sich bis in den Occipitallappen. Lateral von dem großen Tumor findet sich ein kleiner etwa Taubenei großer, der bis an die Oberfläche des Temporallappens, nahe der Grenze des Occipitallappens, reicht. Ob es sich um eine Metastase oder Fortsetzung des großen Tumors handelt, konnte nicht mit Sicherheit entschieden werden.

Epikrise:

An Allgemeinsymptomen waren nur Kopfschmerzen, Benommenheit, Schlafsucht, psychische Störungen und ganz gegen Ende der Erkrankung der Cheyne-Stokes'sche Atmungstyp vorhanden. Das Cardinalsymtom, die Stauungspapille, wurde nie beobachtet, ferner auch nie Schwindel, Erbrechen, Convulsionen und Pulsverlangsamung. Da aber die in diesem Fall vorhandenen Störungen einem Tumor nicht allein zukommen, sondern auch bei luetischen Hirnerkrankungen beobachtet werden, so wäre aus diesen Symtomen nicht ohne weiteres die Diagnose Tumor zu stellen, wenn nicht die dauernde negative Wassermann'sche Reaktion dafür spräche. Gefestigt wurde die Diagnose durch die circumscripte Klopfempfindlichkeit in der Schläfengegend und die Herdsymtome, die sich allmählich entwickelten. Als Herdsymtome fanden wir anamnestisch schon, was sich auch später bestätigte, Worttaubheit, Aphasie und Paraphasie, was für eine Störung im Schläfenlappen spricht. Ferner fand sich auf der rechten Körperseite eine langsam beginnende und später manifest werdende Hemiplegie und beginnende Hemianaesthesie, die in einer Unterbrechung der entsprechenden Leitungsbahnen in der inneren Kapsel und in den großen Ganglien ihre Erklärung finden. Das es sich hier nicht nur um ein Fernsymptom handelte, ist aus dem dauernden Bestehenbleiben der Hemiplegie zu schliessen. Auch die mangelnde und spätere völlige Pupillenstarre spricht für eine Schädigung durch Druck oder direkte Beteiligung der Vier-Hügel. Die starke Herabsetzung des Cornealreflexes ist als Zeichen einer Beteiligung des Brükkenwinkels zu deuten. Die Schädigung des Parietallappens des Gehirns, die in der Apraxie ihren Ausdruck findet, ist wohl als Fernsymtom auzusprechen.

Nach diesen Feststellungen mußte angenommen werden, daß es sich um einen Tumor des Schläfenlappens und der großen Ganglien handelt, was auch die Sektion bestätigte.

Was das Fehlen der Stauungspapille angeht, so trifft auch in unserm Falle die Beobachtung Singers zu, daß ein Fehlen der Stauungspapille nach dem vierzigsten Lebensjahre häufig ist. Auch der Sitz des Tumors in der mittleren Schädelgrube dürfte für das Fehlen der Neuritis optica von Einfluß sein.

Nr. 105.
Rektoratsjahr 1924/1925
Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling.

Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. Gros,
z. Zt. Dekan.